N° 4. — MARDI 11 JANVIER 1870. 43e ANNÉE. MARDI 11 JANVIER 1870. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Les examens de pathologie comparée à la Faculté de médecine. = HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. B. Ball). De la maladie d'Addison. — De la contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire. (M. Duchenne, de Boulogne). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 11 janvier 1870.

LES EXAMENS DE PATHOLOGIE COMPARÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La question de la séparation du corps *professant* et du corps *examinant* vient de nouveau se poser devant l'opinion publique.

On s'apprête à rendre obligatoire l'étude de la pathologie comparée à la Faculté de médecine.

Le savant à qui incombe cet enseignement si peu suivi, au lieu d'être *chargé de cours*, va être nommé *titulaire*, et en conséquence obligé de faire passer les examens.

Faire passer des examens ! Mais seront-ce des examens de pathologie comparée ? Alors il faut plaindre les élèves qui auront à subir cette obligation nouvelle, eux qui n'ont guère trop de temps pour des études indispensables de pathologie, de clinique, de physiologie et d'anatomie.

S'ils n'ont déjà pas le temps d'apprendre tout ce qu'il faut savoir pour être des médecins, comment feront-ils pour apprendre à devenir encore des vétérinaires ?

Mais, dira-t-on, le professeur de pathologie comparée n'interrogera pas sur la pathologie comparée ! que fera-t-il donc ? Interrogera-t-il sur la pathologie interne, sur la pathologie externe, sur la pathologie générale, sur l'anatomie pathologique, sur l'histologie ? Toutes ces parties de la science ne sont-elles pas déjà représentées aux examens ?

Qu'on nomme *titulaire* le professeur de pathologie comparée, *chargé de cours seulement*, pour donner une position fixe à un savant de premier ordre en physiologie de la moelle épinière, rien de mieux, car ce sera la récompense de toute une vie laborieuse.

Que, de son côté, le nouveau professeur, dont l'origine veut une sympathie aux idées de progrès, donne un grand exemple. Qu'il demande qu'à son occasion, commence la séparation du professeur et de l'examinateur. Qu'il porte dignement le fardeau des obligations professorales dans la chaire, sans perdre toute son influence dans des examens où sa place n'est pas marquée et ne doit se marquer qu'au détriment de la science.

En agissant ainsi, le nouveau professeur titulaire se sera acquis de véritables titres au respect et à la considération de tous ceux qui aiment sincèrement la science : à son nom s'attachera cette séparation, absolument nécessaire, de l'examen et du professorat.

Mais qu'il se hâte : l'heure est proche et l'opinion publique finit toujours par renverser les barrières injustes.

Dr E. LE SOURD.

Il y quelques jours, un grand nombre de naturalistes se réunissaient sous la présidence de M. Brongniart pour rendre un hommage public à un savant modeste, dont toute la vie a été consacrée à la science.

Quel est le savant étranger ou français qui n'a pas conservé le souvenir de l'accueil de l'ancien conservateur du musée Delessert ? Quel empressement à être utile ; quelle discrétion dans le but des recherches scientifiques, mais aussi que de science véritable dans l'indication des sources, et comme chacun partait plus riche et avec des aperçus quelquefois tout nouveaux sur les questions que l'on se proposait d'étudier ! M. Lasègue restera dans le souvenir de tous comme le conservateur modèle et le bibliothécaire le plus accompli. Pendant trente-sept années, M. Lasègue, père de l'honorable professeur de clinique, s'est trouvé à la tête du splendide musée botanique Delessert, que la France a vu partir avec tant de douleur pour l'étranger.

Lorsqu'il y a un an, M. Lasègue fut averti que le musée Delessert allait partir pour Genève, la Société botanique de France s'empressa d'élever à la présidence le savant que la perte de ces riches collections devait frapper au cœur. Une souscription s'ouvrit aussitôt, et le 18 décembre dernier, M. Brongniart remettait à M. Lasègue, au nom des botanistes français, allemands, belges, italiens, espagnols, anglais, une coupe d'argent habilement ciselée, sous la direction de M. Stenheil.

Cette coupe d'argent présentait — au centre — la reproduction du *Lasegue*a, genre de plantes dédié à M. Lasègue, — il y a 25 ans, — par M. Alph. de Candolle, l'heureux dépositaire aujourd'hui des collections botaniques de M. Delessert.

Nous n'avons pas laissé passer inaperçu ce *testimonial* : en rendant justice au savant, il témoigne en même temps du reconnaissant souvenir que tous ont gardé pour les services rendus.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA PITIÉ — M. Benjamin BALL.
De la maladie d'Addison (1).

(Leçon recueillie par M. LEGROUX, chef de clinique.)

Les symptômes de la cachexie surrénale nous sont maintenant connus : occupons-nous d'en préciser le diagnostic.

Il nous paraît impossible, en pratique, d'affirmer l'existence de cette maladie, aussi longtemps que la mélanodermie ne s'est pas déclarée. Mais, lorsque la teinte caractéristique de la peau s'est manifestée, il s'agit surtout de la distinguer des autres colorations, qui peuvent s'en rapprocher à des degrés divers. Nous allons rapidement les passer en revue.

L'affection pseudo-bronzée, qui se développe sous l'influence de la misère, de la malpropreté et de l'inanition, peut aisément être confondue avec la mélanodermie d'Addison. Cet état, qui coïncide souvent avec la présence de parasites cutanés, a été décrit par les Allemands sous le nom pittoresque de *maladie des vagabonds* (*Vaganten krankeit*). Mais ici l'épiderme est inégal, rugueux, fendillé ; la peau est flasque ; la couleur sombre se développe par taches, séparées par des îlots de peau saine ; elle se manifeste de préférence sur le tronc et n'atteint pas habituellement le visage : jamais elle n'envahit les muqueuses. Enfin, cette maladie guérit facilement par une bonne hygiène et quelques soins de propreté. On voit aisément toute la différence qui la sépare de la cachexie d'Addison.

La cachexie paludéenne, et l'altération du sang qui lui succède parfois, donnent lieu chez certains sujets à une couleur foncée de la peau. Mais ici, la teinte est plus profonde et plus uniforme. Le pigment se trouve dans le sang, il circule dans les vaisseaux ; nous le voyons par transparence à travers la peau, tandis que dans la maladie d'Addison, on l'aperçoit au-dessous de l'épiderme, où il est accumulé en masses irrégulières. D'ailleurs les muqueuses, dans la mélanémie, offrent une couleur violacée qui diffère essentiellement des maculatures brunâtres de la cachexie surrénale.

Il est, par contre, extrêmement difficile de distinguer la pigmentation cutanée des tuberculeux et celle qui nous occupe en ce moment. Elle se développe habituellement sur le visage ; elle débute par le nez et s'étend sur les joues, sans aller plus loin, chez la plupart des sujets ; mais elle peut aussi se généraliser. On la voit gagner alors le cou, les mains, le tronc, et occuper enfin toute la surface du corps. Le diagnostic devient alors très-épineux. L'aspect de la mélanodermie est ici le même que dans la maladie d'Addison, car la lésion anatomique est exactement la même dans l'un et l'autre cas. Le pigment se trouve déposé dans le réseau de Malpighi chez les tuberculeux, absolument comme chez les sujets atteints de maladie bronzée. En présence de ces difficultés, il faut se rappeler que l'étendue des lésions pulmonaires est ici un précieux élément de diagnostic. C'est chez les phthisiques, dont les poumons sont désorganisés par de vastes cavernes, que l'on constate surtout la pigmentation cutanée. C'est aussi chez des sujets qui n'ont point eu d'hémoptysie ni de diarrhée. Or, la maladie d'Addison se manifeste surtout chez des tuberculeux, dont les lésions pulmonaires ne présentent qu'une très-minime étendue. Elle provoque souvent la diarrhée et ne présente aucun antagonisme avec les hémoptysies. En tenant compte de ces données, ainsi que de l'intensité habituelle des douleurs gastriques ou lombaires, on pourra souvent se garantir d'une erreur qu'il n'est pas toujours possible d'éviter.

Une variété curieuse de cancer de la peau, la mélanose sous-cutanée, a beaucoup attiré l'attention dans ces derniers temps. Quelques observateurs l'ont confondue au début avec la maladie d'Addison ; mais elle en diffère par la présence de petites tumeurs disséminées, noirâtres et douloureuses, circonstance qui n'existe jamais dans la mélanodermie surrénale.

Il nous paraît inutile d'insister davantage sur le diagnostic, d'autant plus que les considérations qui nous resteraient à développer, relativement à l'ictère, à la chlorose, aux diverses cachexies, et à certaines affections cutanées, sont complétement étrangères au malade qui nous occupe.

Le pronostic de la maladie d'Addison est extrêmement grave. On se demande si cette maladie peut jamais se terminer autrement que par la mort. Sans doute, il existe quelques cas de guérison dans la science ; mais on est en droit de les assimiler à ces améliorations momentanées, passagères et peu durables, dont notre malade a lui-même présenté un exemple frappant. Toutefois, il faut le reconnaître, le danger est bien plus immédiat dans les cas où la maladie débute par des vomissements incoercibles, par des crises gastriques, et par tout l'appareil d'une affection franchement aiguë. C'est alors qu'on la voit arriver à son terme en quelques mois, tandis que dans les cas où elle affecte des allures plus chroniques, la vie peut se prolonger pendant de longues années.

Tel est précisément le cas de notre malade, qui, malgré son asthénie, pourra vivre encore assez longtemps si la tuberculisation pulmonaire ne fait point de progrès rapides.

Quels sont maintenant les moyens thérapeutiques auxquels nous pourrons avoir recours ? Il faut bien en convenir, la maladie d'Addison ne comporte aucun traitement spécifique, et c'est uniquement à des moyens généraux, à des reconstituants, à des toniques, que le médecin peut s'adresser pour conjurer les progrès de la maladie.

L'une des premières indications consiste évidemment à relever les fonctions digestives, qui, chez la plupart des sujets, sont profondément délabrées. Les vins généreux, le quinquina, les sels de fer trouvent ici une application utile. Mais fort heureusement, notre malade a conservé la faculté de digérer ; et de tous les phénomènes habituels de la maladie, les troubles gastro-intestinaux paraissent occuper chez lui la dernière place. Aussi, nous proposons-nous de nous adresser à ce premier de tous les toniques, une bonne et succulente alimentation. Il est cependant un remède qui, entre les mains de Greenhow, a donné, paraît-il, d'excellents résultats : c'est l'huile de foie de morue. Nous comptons prescrire ce médicament, si l'estomac consent à le tolérer. Dans le cas contraire, nous aurons recours à la glycérine, qui, d'après le même auteur, peut remplacer l'huile de foie de morue dans les cas où ce médicament n'est pas supporté. Il est important de signaler ici les inconvénients que présente souvent cette substance, telle que la pharmacie nous la livre habituellement. Par suite des procédés de fabrication les plus usités, elle contient souvent une assez forte proportion d'acide sulfurique. Il faudra donc donner la préférence, autant que possible, à la glycérine anglaise, qui offre un degré suffisant de pureté chimique.

Enfin, nous condamnerons le malade au repos, et cette prescription, nous le savons d'avance, sera rigoureusement suivie, car la paresse qui découle si naturellement de l'asthénie, nous garantit son obéissance à cet égard.

Messieurs, nous avons étudié les symptômes que présente notre malade ; nous avons discuté le diagnostic ; nous avons formulé le pronostic ; et nous avons posé les bases du traitement. Notre leçon devrait donc être terminée ; et cependant nous restons en présence d'une objection radicale, qui serait de nature à renverser tout l'édifice que nous venons de construire.

La maladie d'Addison existe-t-elle réellement ? Faut-il la considérer comme une entité morbide distincte, ou comme une simple manifestation symptomatique commune à plusieurs états pathologiques ?

Nous croyons devoir nous prononcer résolument pour l'affirmative. Oui, messieurs, la cachexie surrénale existe, et les rapports qu'elle présente avec certaines diathèses, l'antagonisme qui semble l'éloigner de certains autres états morbides, suffisent pour marquer la place qu'elle doit occuper.

S'il existe un assez grand nombre de faits qui démontrent que cette affection peut se montrer libre de toute complication, il n'en est pas moins certain que, dans près de la moitié des cas, la scrofule, la carie vertébrale et la tuberculose, soit pulmonaire, soit généralisée, en sont les compagnes fidèles. Un tiers des cas environ a été rencontré chez des sujets atteints de tuberculisation pulmonaire, et pour peu qu'on tienne compte de la loi de fréquence, on ne saurait nier le rapport qui unit cette maladie à la diathèse tuberculeuse et aux affections voisines.

Par contre, on ne ne trouvera pas un seul fait authentique pour démontrer la corrélation de la maladie d'Addison avec le cancer des capsules surrénales. Les faits extrêmement rares qui viennent déposer en faveur de cette idée, nous paraissent se rattacher à l'altération lardacée. D'un autre côté, le cancer des capsules (sauf les cas douteux) coïncide toujours avec des lésions cancéreuses des divers autres organes, et principalement de l'estomac. Nous croyons donc pouvoir établir que lorsqu'il existe un cancer des capsules, on ne doit pas s'attendre à rencontrer les phénomènes qui caractérisent la maladie d'Addison.

Il vous paraîtra sans doute facile de nous accorder cette concession peu significative en apparence ; mais vous allez voir tout à l'heure le parti que nous saurons en tirer.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 novembre 1869.

miques et les injections au nitrate d'argent. L'écoulement a persisté malgré tout, et ce n'est que grâce aux insufflations médicamenteuses qu'il s'est tari.

Depuis cinq mois, c'est-à-dire depuis le jour où le malade a été guéri, il éprouve des douleurs très-vives au bas-ventre avec élancements dans le rectum. La station assise est insupportable, et à chaque instant le sieur M... est forcé de se lever pour satisfaire des envies d'uriner, qui deviennent de plus en plus fréquentes. Chaque miction est peu abondante, la vessie ne se vide qu'incomplétement, et les douleurs reparaissent immédiatement après. Le canal est libre, mais par le toucher rectal nous trouvons la prostate engorgée et douloureuse à la pression.

Une seule application des courants continus, pratiquée le 6 décembre de cette année, a suffi pour faire cesser tous les symptômes douloureux. Aujourd'hui, sixième application en huit jours, la guérison se maintient, et selon toutes les probabilités, sera obtenue complétement.

Qu'il nous soit permis de terminer ce travail par le simple énoncé des différents procédés employés par les chirurgiens les plus éminents dans le traitement des engorgements prostatiques.

En comparant leurs résultats avec ceux que nous avons obtenus au moyen des courants continus, on sera forcé de convenir que, si nous n'avons pas toujours réussi à faire disparaître les tuméfactions de la prostate, le traitement que nous préconisons aujourd'hui est du moins exempt de tout danger, et d'une application facile.

Il est un fait capital, dont l'importance n'échappera à personne, c'est que, sans recourir à une manœuvre chirurgicale, par conséquent sans exposer le malade à aucun des accidents que produit souvent la simple introduction d'une bougie dans l'urètre, on obtient, dans la généralité des cas, par l'emploi des courants contraires, la résolution des engorgements prostatiques.

Le traitement de la prostatique aiguë est celui de toutes les inflammations : saignées locales et générales, cataplasmes, narcotiques, bains prolongés, purgatifs, boissons tempérantes, etc. Il est juste de dire que l'on obtient presque toujours par ces moyens la résolution de l'inflammation, quoique cette résolution se fasse souvent attendre, et que souvent aussi la phlegmonie passe à l'état chronique.

C'est dans ce cas que la résolution est lente à venir, que l'affection semble s'éterniser, et que le cortége des médicaments proposés pour la vaincre est souvent impuissant.

Évacuations sanguines locales répétées, révulsifs de toutes sortes, bains sulfureux, eaux thermales de Baréges, Bagnères-de-Luchon, Cauterets, etc. Aussi, dans bien des cas, après avoir usé de ces diverses médications, est-on forcé de recourir en dernier ressort à la *cautérisation de la partie prostatique de l'urètre*. Nous voici déjà arrivés à l'intervention chirurgicale, et déjà aussi, avec tous les auteurs, observons-nous les différentes et plus ou moins graves complications qui en résultent : orchite, urétrite, cystite, fièvre urétrale, infiltration urineuse, érysipèle, abcès urinaux, etc. Or, comme il est rare qu'une seule cautérisation suffise, on a recours au même moyen à plusieurs reprises, et par conséquent on est chaque fois exposé à voir surgir quelques-uns de ces accidents. Eh bien, malgré tout, à quel praticien n'est-il pas arrivé d'observer des prostatiques chroniques rebelles? Trop heureux lorsqu'on n'en a pas trouvé qui se terminassent par suppuration. Avec les courants continus, rien de semblable, la résolution est toujours obtenue, et aucun des périls que nous venons de noter n'est à craindre.

Voyons maintenant les ressources dont la science dispose pour le traitement de l'hypertrophie confirmée.

Ici le traitement médical ne semble avoir été institué que pour combattre les complications de cet état morbide. Tous les auteurs sont du même avis, et nous n'avons qu'à transcrire l'opinion de M. Phillips pour résumer l'appréciation de tous les chirurgiens.

« L'hypertrophie, dit-il, est peu ou point modifiée par le traitement médical; cette transformation des tissus résiste à l'emploi des médicaments les plus énergiques, et il semble qu'on a été dans l'erreur en croyant l'avoir guérie. Il y a eu erreur de diagnostic en attribuant à l'hypertrophie des phénomènes dus à l'inflammation de la prostate ou à la contracture du col de la vessie. » Et plus loin : « Si le traitement médical est *impuissant à résoudre* l'hypertrophie de la prostate, il est éminemment utile à faire disparaître ces complications et à préparer l'application de la médication directe. »

Après cela, est-il utile de noter en quoi consiste ce traitement médical? Nous retrouvons ici toute la série des moyens proposés dans l'inflammation aiguë et chronique de la glande : saignées locales répétées, bains, sétons, vésicatoires, lavements, laxatifs, ventouses, sinapismes, opiacés, etc.

Un seul médicament a paru, entre les mains de plusieurs praticiens, posséder une action réelle sur l'hypertrophie prostatique, c'est le chlorhydrate d'ammoniaque à haute dose; mais les troubles graves que son usage provoque dans le tube digestif font hésiter à l'employer chez les malades dont la santé est déjà compromise.

Passons maintenant à l'énumération des différentes opérations qui ont été proposées dans les cas d'hypertrophie. Ne parlons que pour mémoire des *ligatures*, presque impossibles à appliquer, et de la *taille sous-pubienne* pratiquée pour faire cesser la rétention d'urine et transformer les tissus en les divisant. La gravité d'une telle opération doit évidemment la faire repousser sans appel.

La *dilatation du col vésical*, quel que soit le procédé qu'on emploie, et quoique des succès nombreux expliquent la faveur dont elle a joui auprès de beaucoup de chirurgiens, est une véritable opération qui demande un tact infini de la part de l'opérateur, et qui est souvent suivie d'accidents graves.

La *dépression de la prostate*, sans présenter le même danger que la dilatation du col, est, ou bien facilement supportée par le malade, et, dans ce cas, on n'obtient qu'une amélioration passagère, la prostate reprenant bien vite sa forme primitive, ou bien insupportable au bout de quelques minutes, son emploi ne fait alors qu'irriter le col vésical, sans bénéfice pour le patient.

Incision du col de la vessie et *division de la valvule prostatique d'avant en arrière et de la base vers le bord libre*, d'après le procédé de MM. Mercier et Liviale.

Si la guérison, ou du moins si l'atténuation des accidents causés par l'hypertrophie prostatique est souvent le resultat de ces opérations, il n'en est pas moins vrai que, par l'hémorrhagie abondante qu'elles déterminent presque toujours, on ne devra y recourir qu'en désespoir de cause, alors que tous les autres moyens auront échoué.

Quant à l'*excision de la valvule prostatique* (opération que l'on doit à M. Mercier), il est juste de dire que ses résultats sont presque toujours satisfaisants; mais il faut ici surtout redouter l'hémorrhagie qui en est la conséquence.

La *cautérisation de la prostate* n'est évidemment point employée dans le but de faire disparaître les hypertrophies de cette glande, mais elle est seulement utile pour modifier l'état granuleux ou fongueux du col.

Nous venons, en passant en revue les différents procédés employés contre les engorgements de la prostate, de constater que le traitement médical n'a d'action que sur les inflammations simples de la glande, alors que la tuméfaction, qui est le produit de la phlegmasie, n'existe que depuis peu. Quant à l'hypertrophie confirmée, l'influence des médications est nulle, où à peu près, et les opérations conseillées ne font que remédier aux difformités qui en résultent, sans agir en aucune façon sur l'hypertrophie elle-même. Nous avons vu aussi que ce n'est pas impunément qu'on pratique ces diverses opérations, et que, pour un résultat souvent problématique, on expose le malade à des accidents sérieux.

Pour nous résumer : tout engorgement prostatique, avec ou sans hypertrophie, est le résultat d'une inflammation de la glande, inflammation qui, prise à temps, disparaîtra toujours rapidement par l'emploi des courants continus.

Par conséquent, plus récente sera la tuméfaction de l'organe, et plus prompte sera aussi sa résolution par le traitement que nous préconisons.

Enfin, dans les cas d'hypertrophie confirmée, c'est-à-dire lorsqu'on aura affaire au dernier terme de la série des phénomènes produits par l'engorgement, on pourra toujours améliorer considérablement l'état du malade en dissipant l'engorgement périphérique (1).

(1) Des tentatives dans le genre de celles que nous ont donné les excellents résultats que nous venons de rapporter ont été faites, il y a quelques années, au moyen DES COURANTS INDUITS, par M. le docteur Tripier, auquel on doit une observation intéressante d'engorgement (?) prostatique guéri par ce procédé.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE)

En présence d'un polype naso-pharyngien, le chirurgien éprouve toujours un certain embarras pour le choix du procédé opératoire auquel il doit avoir recours. Les indications peuvent varier beaucoup, et quelque soit le parti qu'on adopte, on doit toujours s'attendre à de sérieuses difficultés.

Lorsque je publiai l'observation d'un polype naso-pharyngien, dont j'ai obtenu la guérison en 1856, au moyen de la *fragmentation par une pince à écrasement*, je faisais ressortir les avantages de ce procédé, qui évite toute mutilation, mais exige de la part du chirurgien et du malade beaucoup de persévérance, parce que le traitement est long lorsque le polype est volumineux et a envahi la fosse nasale, ainsi que cela avait lieu chez mon malade.

Ce traitement, auquel M. Legouest a eu recours en 1866, ne peut donner de bons résultats que lorsque le pédicule n'est pas trop large. Il faut, en outre, que le pédicule soit non pas seulement *coupé*, mais *arraché complétement*, pour qu'on soit à l'abri de la récidive. Or, ce résultat ne dépend nullement du plus ou moins d'habileté de l'opérateur. C'est pourquoi, malgré la guérison si complète obtenue par moi, je considérerai toujours la méthode à laquelle j'eus alors recours comme une méthode d'exception, mais comme une méthode très-utile dans certains cas donnés.

L'expérience que j'ai faite sur mon second malade me prouve que c'est avec raison qu'on a renoncé généralement à la ligature, à moins qu'on ne la fasse suivre de la rugination.

La rugination elle-même ne met à l'abri de la récidive que lorsqu'elle est bien complète. Il suffit de quelques débris de périoste pour que la tumeur se reproduise. La seconde opération, pratiquée sur le jeune C... en est la preuve; l'éradication paraissait complète sur tous les points, et j'avais eu recours, par précaution, à la cautérisation.

La guérison du polype ne peut donc être assurée qu'au prix de la destruction entière du périoste qui lui a donné naissance; et pour cela, il faut avoir recours, comme le dit M. Michaux, à l'excision, à l'arrachement, à la rugination et à la cautérisation.

Les opérations préliminaires destinées à rendre le polype accessible aux instruments, devront varier selon le volume de la tumeur et les désordres qu'il aura occasionnés dans le squelette de la face. Mais, en règle générale, on doit limiter autant que possible les mutilations, surtout lorsqu'elles laissent après elles des troubles fonctionnels ou des difformités extérieures.

L'incision du voile du palais et l'excision de la voûte palatine altèrent le timbre de la voix, gênent la déglutition, et ces inconvénients ne peuvent pas toujours être combattus efficacement par les appareils prothétiques.

La résection partielle du maxillaire supérieur, en conservant la voûte palatine, paraît le moyen le plus convenable pour arriver au polype, et lorsqu'on a soin de laisser, dans le lambeau, le périoste qui recouvre la face antérieure de l'os, il se forme une cicatrice ostéo-fibreuse, qui comble suffisamment la perte de substance.

On a vu que chez mon dernier malade j'ai été obligé non-seulement de réséquer le maxillaire, mais de luxer l'os propre du nez. Les indications peuvent varier beaucoup, et il est des cas où, à la résection du maxillaire, on pourra préférer le lambeau ostéo-cutané nasal de M. Ollier, ou l'un des divers autres procédés conseillés tour à tour.

Je n'ai point eu la pensée d'employer, chez mes malades, la galvano-caustique, qui n'offre pas plus de sécurité que les moyens chirurgicaux ordinaires, et qui pèche par le défaut de simplicité. On peut faire ce dernier reproche à l'électrolyse, méthode qui est encore à l'état d'expérimentation, et dont la valeur réelle ne peut pas être suffisamment appréciée.

Après avoir préconisé avec trop de complaisance autrefois les grandes mutilations, on tend aujourd'hui avec raison à les éviter, ainsi que le démontrent les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie en 1866. Mais on ne paraît pas avoir attaché assez d'importance au choix des incisions extérieures qui, dans certains procédés, mériteraient bien aussi le nom de mutilations.

Le procédé employé chez les deux malades dont je viens de donner l'observation me paraît devoir être préféré à tous ceux qu'on emploie habituellement.

J'ai insisté sur les avantages de ce procédé lorsque j'ai publié ma première observation de polype naso-pharyngien, en 1856; je l'avais déjà adopté depuis plusieurs années, et depuis ce temps, j'ai eu très-fréquemment l'occasion d'y avoir recours pour la résection ou l'ablation complète du maxillaire supérieur. Voici en quoi il consiste :

Une incision partant du tendon de l'orbiculaire des paupières descend directement sur l'aile du nez et la contourne; la lèvre supérieure est coupée sur la ligne médiane; on pénètre dans la fosse nasale en rasant le bord interne de l'apophyse montante.

On détache le lambeau, en y comprenant le périoste, lorsqu'il ne s'agit pas d'une tumeur qui a compromis l'intégrité de cette membrane. En soulevant le lambeau avec un crochet mousse, on peut atteindre facilement le bord de l'orbite, décoller le périoste de cette cavité et passer la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire.

Lorsque le maxillaire est le siége d'une tumeur qui soulève les téguments, il est nécessaire de faire une petite incision complémentaire qui, partant de la partie supérieure de la première, vient se confondre dans les plis de la paupière inférieure.

Avec cette manière de procéder, on ne coupe aucun filet important du nerf facial, et la cicatrice est à peine apparente.

Lorsque je compare mes opérés à ceux auxquels on a pratiqué soit l'incision de Velpeau, soit les incisions de Gensoul plus ou moins modifiées, je ne suis pas tenté de changer ma manière d'agir.

Aujourd'hui, les incisions multiples trouvent leur excuse dans la pensée émise par M. Verneuil, de terminer toute l'opération pendant l'anesthésie, et d'éviter l'écoulement du sang dans le pharynx et dans la bouche. Les préceptes du savant président de la Société de chirurgie ont été suivis en 1868 par M. le docteur Thomas (de Tours) dans une opération habilement conduite, et qui a été l'objet d'un rapport de M. Verneuil à la Société de chirurgie.

J'avoue que la lecture de ce rapport de M. Verneuil ne m'a pas converti.

On ne peut que dans des cas exceptionnels, malgré les précautions indiquées, prévenir l'écoulement du sang dans le pharynx pendant les derniers temps de l'opération. D'un autre côté, l'hémorrhagie, lorsqu'elle a lieu, se produit plutôt vers l'extérieur que vers la gorge, ainsi que je l'ai observé chez mon dernier malade. Malgré cela, j'aurais été fort inquiet si ce malade eût été sous l'influence du chloroforme pendant cette hémorrhagie.

Le procédé recommandé par mon savant collègue ne me paraît donc acceptable que dans un nombre de cas fort restreint. Il ne met pas toujours à l'abri des dangers de l'hémorrhagie, mais il a le mérite, lorsque tout se passe selon le vœu de l'opérateur, de soustraire le malade à de grandes souffrances.

Cet avantage est malheureusement compensé par des cicatrices très-apparentes, qui détruisent l'harmonie et la régularité du visage. Les *douleurs passent*, les *difformités restent*.

M. CHASSAIGNAC. L'ablation de deux plateaux du maxillaire supérieur donne une voie suffisante pour pénétrer jusqu'au polype, aussi faut-il rejeter l'ablation complète du maxillaire supérieur. Quant aux incisions qui, partant de l'angle de l'œil, suivent l'aile du nez et divisent la lèvre supérieure sur la ligne médiane, je les ai inaugurées depuis longtemps, et dans un cas où j'ai opéré de cette manière, en rejetant le nez tout entier du côté gauche, le polype envoyait des prolongements dans les sinus frontaux et maxillaires.

M. ALPHONSE GUÉRIN. J'ai eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, le petit malade présenté par moi il y a trois ans à la Société, c'était la première fois qu'on ruginait la base du crâne sur une certaine étendue. La guérison est restée complète.

M. GUYON fait un rapport verbal sur le travail suivant de M. Reverdin.

Greffe épidermique. — Expérience faite dans le service de M. le docteur Guyon, à l'hôpital Necker. — Messieurs, la communication que j'ai l'honneur de faire à la Société de chirurgie a trait à une question de pathologie bien vulgaire, en apparence bien connue, mais qui présente cependant encore quelques points obscurs et intéressants à élucider. Je veux parler de la cicatrisation des plaies par seconde intention.

Tous les chirurgiens savent que si, dans la très-grande majorité des cas, les plaies arrivées à la période de granulation se cicatrisent

par leurs bords, dans quelques cas exceptionnels on voit des îlots d'épiderme se former à la surface d'une plaie, plus ou moins loin de ces bords; que la formation de ces îlots centraux a sur la longueur de la cicatrisation une influence remarquable et bien connue; ils l'abrègent considérablement.

Ce fait constaté et admis, reste l'interprétation; et là-dessus on n'est pas d'accord : les uns, et Biltroth est très-affirmatif sur ce point, croient que toujours alors une mince couche, si mince fût-elle, de la couche profonde de l'épiderme, du réseau de Malpighi, est restée en place quelque part; ils se basent sur ce fait que c'est surtout dans des cas de brûlures qu'on observe la formation des îlots centraux.

D'autres pathologistes ne regardent point ces conditions comme indispensables.

J'ai eu précisément, il y a quelque temps, l'occasion d'observer un fait de cette nature; il s'agissait d'un ouvrier mécanicien qui avait eu le pouce droit broyé; il en résulta la nécessité de retrancher tout ce pouce jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; quand la cicatrisation eut commencé, nous vîmes se former au centre de cette plaie plusieurs îlots épidermiques qui hâtèrent singulièrement le travail de réparation.

Quelque temps après, ayant à observer une plaie étendue dont la cicatrisation était fort lente, me souvenant du malade dont je viens de parler, l'idée me vint de tenter l'expérience qui fait le sujet de cette communication.

Le malade sur lequel elle a été pratiquée est un homme de 35 ans, qui, le 16 octobre dernier, en tombant d'une échelle, essayade se retenir avec le coude gauche fléchi à une barre de fer; la peau fut coupée au niveau du pli du coude, décollée dans toute son épaisseur jusqu'au milieu de l'avant-bras, et forma ainsi un grand lambeau qui ne tarda pas à se mortifier dans son entier. La surface mise à nu était formée par le tissu cellulaire sous-cutané, et à la partie externe du membre par l'aponévrose, éraillée par places. Cette plaie se mit bientôt à bourgeonner, mais ce n'est que le 14 novembre qu'on commença à distinguer sur ses bords un petit liséré épidermique. Les jours suivants le liséré s'étendit lentement.

Le 24 novembre, je tentai l'expérience suivante : j'enlevai avec la pointe d'une lancette, au bras droit du malade, deux petits lambeaux d'épiderme, en ayant soin de raser autant que faire se pouvait le derme sans l'entamer. Le premier lambeau était très-petit, le second avait à peu près 1 millimètre carré; la petite plaie ne présenta qu'une rosée sanguine.

Je plaçai mes deux lambeaux au milieu de la plaie, leur face profonde appliquée sur les granulations, à une petite distance l'un de l'autre, et je les maintins avec une des bandelettes de diachylon qui servaient au pansement du malade.

Le lendemain, les lambeaux sont restés en place malgré une suppuration assez abondante; ils paraissent un peu gonflés et plus blancs.

Le 27 novembre, les lambeaux sont encore restés en place. Je détache, par le même procédé que la première fois, un lambeau épidermique un peu plus grand (il présente environ 3 à 4 millimètres carrés d'étendue), et je le dispose sur la plaie, à distance des deux premiers.

Le 28 novembre, les trois lambeaux paraissent adhérents, on peut frotter la plaie à leur niveau avec un peu de charpie sans les détacher.

Le 30 novembre, les deux premiers lambeaux semblent plus pâles, comme amincis et paraissent s'étendre sur leurs bords.

Le 1er décembre, les deux premiers lambeaux sont réunis et forment une petite plaque blanche, pâle; il s'est évidemment formé une petite zone épidermique autour de chacun d'eux.

Le troisième lambeau tient bien; ses bords présentent un petit liseré pâle.

Les jours suivants, ce liséré pâle s'étend de plus en plus en conservant le même aspect; l'îlot formé par les deux premiers lambeaux réunis s'étend également.

Enfin, le 7 décembre, les trois lambeaux se sont réunis de manière à former un petit îlot blanchâtre, mince, tout à fait analogue au liséré épidermique qui s'est formé sur les bords de la plaie.

Aujourd'hui 8 décembre, on constate que l'îlot s'est notablement étendu depuis hier.

Tel est le fait que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie. J'ai tenu à le faire maintenant afin de prendre date, mais je m'engage à poursuivre mes recherches dans ce sens.

J'aurai à examiner, au point de vue clinique, dans quelles plaies, à quelle période d'évolution de ces plaies, cette expérience, que je nommerais volontiers greffe épidermique, peut réussir.

En effet, dans une seconde expérience faite sur une plaie non encore en voie de cicatrisation sur ses bords, le lambeau épidermique est resté pendant quelques jours peu adhérent, puis s'est roulé sur ses bords, et a été entraîné finalement avec les pièces de pansement.

J'aurai encore à rechercher jusqu'à quel point cette petite opération peut être applicable et utile pratiquement.

Enfin, j'aurai à étudier autant que possible le processus histologique : Y a-t-il simple effet de contact, de voisinage? Y a-t-il prolifération des éléments transplantés?

Voici bien des questions, qui méritent, je pense, quelques recherches que je m'empresserai de faire.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 13 décembre 1869, M. le docteur Bulard, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maréville, a été élevé à la 3e classe de son grade.

— La séance solennelle de la Société impériale de chirurgie aura lieu mercredi prochain 12 janvier, à trois heures, dans le local de ses séances, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : Discours du président. — Compte rendu des travaux par M. Le Fort, secrétaire annuel. — Proclamation des prix. — Éloge de Laborie, par M. Trélat, secrétaire général.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 janvier 1870.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvres typhoïdes.

On a vu dans les faits sommairement exposés dans la précédente Revue, des exemples propres à établir le danger que peuvent offrir, à de certains moments, des fièvres typhoïdes de formes simples et bénignes en apparence à leur début, et à indiquer la part qu'il faut toujours faire à l'imprévu. On a vu la mort subite par syncope, alors qu'il n'y avait que des lésions de médiocre intensité. Par une deuxième série de faits présentant, au contraire, dès leur début, toutes les apparences de la plus grande gravité et se terminant néanmoins d'une manière heureuse, M. Béhier s'est proposé de montrer qu'il ne faut jamais désespérer en présence même des phénomènes les plus graves.

Un premier exemple lui en a été fourni par un malade couché au n° 34 de la salle Sainte-Jeanne. Il s'agit d'un homme qui, avant d'être atteint par la fièvre typhoïde, avait eu une affection rhumatismale avec des phénomènes cardiaques; une première lésion de l'appareil circulatoire avait eu lieu déjà avec une première attaque de rhumatisme; une deuxième attaque, plus vive que la première et accompagnée d'un état fébrile intense, avait donné lieu à une seconde poussée cardiaque, qui avait nécessité l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale et l'emploi du sulfate de quinine. C'est dans ces conditions défavorables, qui avaient amené un état anémique, qu'eut lieu, le 27 novembre dernier, l'invasion d'une fièvre typhoïde, laquelle s'annonça dès son début avec des phénomènes très-graves : prostration profonde des forces et hémorrhagie intestinale considérable. Malgré ce concours de circonstances si graves, tout a bien tourné, et le malade est aujourd'hui en voie de guérison.

On avait eu affaire ici, comme on le voit, à un état anémique consécutif à une maladie fébrile qui avait duré un mois; et malgré cette condition fâcheuse, la maladie a eu une issue heureuse, et cela en présence d'un accident formidable, une hémorrhagie intestinale.

Nous reviendrons plus tard, avec M. Béhier, sur la valeur pronostique réelle de l'hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde. Poursuivons la revue des malades qui ont guéri, après avoir présenté des phénomènes graves et considérés souvent comme mortels.

On vient de voir, par l'exemple précédent, qu'un malade peut guérir après avoir eu une abondante hémorrhagie intestinale. L'adynamie, elle-même, quand elle n'est pas le résultat d'une durée prolongée de la maladie, et pourvu qu'elle ne se manifeste pas au début, dès le premier septenaire, n'est pas toujours suivie d'une issue fatale. A cette occasion, M. Béhier a cité plusieurs exemples empruntés à sa pratique hospitalière, dans lesquels la guérison a eu lieu malgré la manifestation de phénomènes d'adynamie les plus prononcés; entre autres, celui d'une jeune fille de la Salpêtrière qui a guéri après avoir présenté les symptômes d'adynamie les plus graves et des eschares multiples; celui d'une malade de l'hôpital Beaujon, qui avait une fièvre typhoïde de forme adynamique peu intense, il est vrai, mais avec une eschare énorme, qui obligea à la faire coucher pendant plusieurs mois sur le ventre; celui d'une malade de la Pitié qui eût, dans le cours d'une fièvre typhoïde, un engorgement parotidien énorme, suivi d'une vaste suppuration, et qui n'en guérit pas moins malgré ces phénomènes si souvent mortels.

Parmi les malades qui étaient encore dans les salles pendant que M. Béhier en entretenait ses élèves, on peut rapprocher de ces divers exemples celui d'un malade de la salle Sainte-Jeanne, entré le 7 septembre pour une fièvre d'intensité moyenne et qui a eu successivement deux récidives coup sur coup, en tout trois atteintes successives dans un intervalle de moins de trois mois, caractérisées chacune par les phénomènes initiaux habituels, en particulier par une éruption lenticulaire. Le malade n'en a pas moins guéri. Une jeune fille de la salle Saint-Antoine, qui était convalescente d'une fièvre typhoïde grave à laquelle on croyait d'un instant à l'autre la voir succomber, a été reprise, pendant sa convalescence, d'une atteinte grave de diarrhée, qui a inspiré de nouveau des craintes sérieuses pour sa vie. On est parvenu, avec beaucoup de peine, à arrêter la diarrhée, et cette jeune fille est guérie.

Le malade aux trois atteintes successives dont il vient d'être question, indépendamment de cette circonstance curieuse, a présenté des accidents particuliers qui ne sont pas non plus sans intérêt. C'était un état d'abattement profond et un état cérébral qui tenait de l'idiotie; sa mémoire lui faisait complétement défaut. Il était dans un véritable état de démence passagère. Il n'est pas très-rare, on le sait, de voir cet état de démence momentanée, qui se manifeste vers la fin de la fièvre typhoïde, persister plus ou moins longtemps pendant la période de la convalescence, et même après le rétablissement complet de la santé à tous autres égards. M. Béhier a vu, dans des maisons de santé d'aliénés, des déments par suite de fièvre typhoïde, et qui étaient dans cet état depuis un an. Il a vu, dans sa pratique particulière, une jeune femme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, était restée un an entier dans un état de perte presque complète de la mémoire. Il n'est pas de praticien, du reste, qui n'ait été à même de constater des faits de ce genre, et nous pourrions nous-même en retrouver plus d'un exemple dans nos souvenirs.

Il se passe dans ce cas-là, ainsi que M. Béhier en a fait la remarque, une véritable dénutrition du système nerveux, absolument semblable à celle qui a lieu dans les muscles; de même que les fibres musculaires subissent dans ces conditions une dégénérescence cireuse, les tubes nerveux perdent aussi leur matière active. De là une double indication capitale, celle d'apporter une grande réserve dans l'usage des médications spoliatrices et de restituer à l'économie, par une bonne nutrition, les éléments organiques dont elle a été partiellement dépouillée. Ces idées de saine pratique sont trop bien entrées aujourd'hui dans l'esprit et dans les habitudes de presque tous les médecins, surtout depuis la discussion de la Société médicale des hôpitaux sur l'usage de l'alimentation et des toniques dans la fièvre typhoïde, pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici.

Passons à un autre fait qui soulève une autre question. Un malade âgé de 22 ans, entré le 17 octobre à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Jeanne, présentait un ensemble de symptômes, céphalalgie, fièvre, diarrhée, abattement des forces, douleurs abdominales, état saburral de la langue, et qui portait assez naturellement à penser à une fièvre typhoïde. Mais le malade prétendait l'avoir eue déjà à l'âge de 14 ans. Il était permis, il est vrai, d'avoir quelques doutes sur la nature de cette première affection; interrogé sur les principaux phénomènes qu'il avait éprouvés, le malade ne se rappelait avoir eu ni épistaxis ni diarrhée. D'un autre côté, ces mêmes symptômes manquaient également en ce moment. Le malade, le lendemain de son entrée, avait été pris de vomissements; il éprouvait, en outre, comme nous venons de le dire, presque tous les symptômes de la fièvre typhoïde, à l'exception toutefois de l'épistaxis et des taches. Enfin ce jeune homme, qui a été pris des premiers symptômes le 16 et est entré à l'hôpital le 17, était guéri le 21. On n'avait donc pas eu affaire, dans ce cas, à une véritable fièvre typhoïde, mais à un embarras gastrique fébrile, état dont il faut se défier, parce qu'il n'est souvent autre chose que le prodrome de la fièvre typhoïde. C'était ici le cas de chercher à couper court à cet état saburral qui semblait incliner à l'état typhoïde. C'est ce qu'on a fait en administrant à ce malade l'ipécacuanha d'après la méthode brésilienne; laquelle consiste à faire prendre, pendant plusieurs jours de suite, dans la matinée, d'une forte décoction d'ipécacuanha, dans la proportion de 8 grammes d'ipéca concassé pour 125 grammes d'eau bouillante. Un purgatif a été administré à la suite. Grâce à cette médication énergique, l'embarras gastrique a été enrayé, et peut-être a-t-on prévenu par là le développement d'une fièvre typhoïde imminente.

D'une espèce peu connue de contracture, siégeant sur les interosseux palmaires (1).

M. le Dr A. Dubrueil nous communique l'observation suivante d'un malade atteint d'une espèce particulière de contracture des interosseux, qu'il a vu pour la première fois au commencement du mois d'août 1869, et qui, depuis quelques jours, venait tous les matins à Lariboisière, consulter M. Verneuil.

Ce malade est âgé de 15 ans, assez peu développé physiquement, fort intelligent du reste. Il est affecté d'un strabisme interne de l'œil droit, survenu dans la première enfance. Le père et la mère sont parfaitement sains, et jusqu'à l'époque du début de la maladie actuelle, le malade a généralement joui d'une bonne santé; il n'a jamais eu de convulsions, mais cependant, à deux reprises différentes, il a eu, il y a quelques années, les orteils spontanément renversés vers la face dorsale des pieds, ce qui, joint à son strabisme, indiquait déjà une tendance manifeste aux maladies du système nerveux.

Il est encore dans un pensionnat.

Vers le mois de juin, il tomba en courant, et le poids du corps porta sur le dos de sa main droite.

Il ne résulta tout d'abord de cette chute qu'une contusion dont la douleur, momentanément assez vive, ne tarda pas à se dissiper.

L'enfant n'y songeait plus, lorsque, trois ou quatre jours après, la main devint douloureuse, et les doigts s'étendirent et se rapprochèrent les uns des autres. Il survint en même temps quelques douleurs spontanées à la pression sur le rachis au niveau de la partie inférieure de la région cervicale. Un médecin appelé auprès du malade prescrivit un bain tiède et des ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale à la hauteur du point douloureux.

Sous l'influence de ces moyens, au bout de deux ou trois jours, les douleurs et la contracture avaient disparu.

A la fin de juillet, les accidents se reproduisirent, et le malade alla consulter M. Verneuil, qui le fit venir tous les jours dans ses salles.

Voici dans quel état il était alors : les doigts de la main droite étaient étendus et tous inclinés vers l'axe de la main, (représenté, comme on le sait, par le médius qui n'avait pas subi de déviation; l'index et l'annulaire se croisaient au devant de lui. Le pouce était également porté en dedans, et sa phalange onguéale restait étendue sur la première.

En outre, la concavité de la paume de la main était notablement exagérée; les espaces interosseux étaient douloureux spontanément, plus douloureux encore à la pression. Le malade disait souffrir un peu au niveau de la partie postérieure et inférieure du cou, et en pressant les apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales, on augmentait la souffrance.

Il était facile, sans déployer une grande force, d'écarter les doigts les uns des autres et de l'axe de la main; mais, abandonnés à eux-mêmes, ils reprenaient rapidement leur position.

L'étrangeté et la rareté d'une pareille lésion étaient faites, au premier abord, pour rendre le diagnostic incertain; cependant, en remontant aux données physiologiques, on en arrivait à cette conclusion, qu'on ne pouvait avoir affaire qu'à une contracture des interrosseux palmaires, car la position dans laquelle étaient fixés les doigts était celle qui résulte de l'action de ces muscles.

Des douches d'éther pulvérisé données sur la main faisaient cesser la contracture, mais d'une façon toute momentanée. On voyait, sous l'influence du jet d'éther, les doigts s'écarter les uns des autres, sans toutefois que le malade pût les fléchir; cet état de résolution n'était que de courte durée.

Pendant cinq ou six jours, on administra tous les matins une de ces douches, et, la résolution obtenue, la main de la malade était assujétie sur une planchette digitée, de façon à maintenir les doigts écartés; mais aussitôt détachés, ils se rapprochaient vivement.

Dans les premiers jours d'août, le membre supérieur droit tout entier devint le siége de douleurs très-vives se reproduisant surtout la nuit, et qui cédèrent à l'administration du sulfate de quinine, mais la contracture persistait toujours, ainsi que la douleur du rachis.

Le 8 août, on appliqua un vésicatoire sur la colonne vertébrale au niveau du point douloureux, et sous l'influence de cette médication, il survint une grande amélioration, qui cependant ne persista pas.

Le vésicatoire une fois sec, les accidents reparurent. Un nouveau vésicatoire, placé au même lieu, produisit encore une amélioration très-notable, mais toute aussi passagère que celle précédemment obtenue.

On eut alors recours à l'application de deux cautères au bas de la région cervicale, et il en résulta un mieux sensible. Les douleurs rachidiennes disparurent, la contracture, au lieu d'être permanente, devint intermittente et moins douloureuse; néanmoins la guérison n'étant pas complète, M. Verneuil fit entrer le malade dans son service vers la fin de septembre, et là, on lui mit deux nouveaux cautères au-dessous des précédents, qui, du reste, n'avaient pas été entretenus. Étant dans les salles, le malade y contracta la varioloïde, et, lorsque cette maladie fut terminée, il retourna chez lui.

Pendant quelque temps, après sa sortie de l'hôpital, il est resté

(1) Cette observation nous avait été remise avant la publication du travail de M. Duchenne (de Boulogne) sur un sujet semblable.

Dans une période très-avancée, je l'ai vu échouer contre les douleurs spinales, comme chez Mlle X... Je dois reconnaître cependant qu'il a produit une amélioration légère momentanément, surtout lorsqu'il a été associé au bromure de potassium administré à l'intérieur.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1869 (1). — Présidence de M. Verneuil.

M. TRÉLAT. M. Reverdin, dans son travail, et lors de la présentation du malade de M. Guyon, pensait qu'il fallait attribuer à la greffe la prolifération épidermique. Pour que cette expérience pût avoir une valeur tout à fait réelle, il faudrait qu'elle fût tentée un grand nombre de fois, et qu'elle réussît presque toujours. Il faut, en effet, user, sur ce point, d'une très-grande réserve. La formation spontanée d'îlots épidermiques sur la surface de plaies largement étendues et en voie de cicatrisation est un fait assez fréquemment observé, et l'on peut voir chez le malade que je vous présente un semblable îlot cicatriciel, développé spontanément à la surface de cette large plaie de l'avant-bras.

M. GUYON. Une seule expérience ne peut rien prouver, et si M. Reverdin a, sur mon conseil, présenté ce malade, c'était pour attirer l'attention et pour prendre date. La communication de M. Trélat prouve que le but a été atteint et que la question de la greffe épidermique est aujourd'hui posée.

M. TILLAUX. S'il était démontré qu'on pût, sur place, provoquer la formation d'îlots cicatriciels, M. Reverdin aurait rendu un grand service à la pratique. J'ai eu dans mon service une femme qui, à la suite de brûlures, portait à la fesse une plaie ayant quatre fois la largeur de la main.

M. DESPRÉS Il faut éviter ici une confusion qui paraît pouvoir s'établir: il ne s'agit pas de greffer l'épiderme, mais de souder par autoplastie un lambeau comprenant une partie de la couche superficielle du derme; les cicatrices que porte le malade au point où la greffe soit-disant épidémique a été empruntée prouve que l'on a pris une portion notable du derme et le corps muqueux dans toute son épaisseur. La prolification de l'épiderme seule serait un phénomène si extraordinaire au point de vue histologique qu'il faut éviter toute confusion.

M. GUYON. Si la confusion existe en apparence dans le titre du travail, elle n'existe pas dans le travail lui-même. M. Reverdin indique bien qu'il s'agit de l'épiderme doublé du corps muqueux.

M. BLOT. Au point de vue de la pratique, la greffe épidermique ou celle du corps muqueux me paraît sans importance. Enlever un morceau de derme sur le bras ou ailleurs pour le souder à la surface d'une plaie qui suppure et qui se cicatrise peu à peu, c'est, en vue de gagner un peu de temps, exposer le malade, surtout dans nos hôpitaux, au danger d'un érysipèle.

M. LÉON LE FORT. Je partage complétement les opinions de MM. Blot et Després. Les plaies récentes que portait le malade au point où en avait emprunté l'épiderme étaient recouvertes d'une croûte rougeâtre montrant qu'il s'y était fait au moins un suintement sanguin. On n'a donc pas pris l'épiderme seul; on a pris un lambeau comprenant des capillaires et ouvert une porte à l'érysipèle. Quant à l'utilité du moyen, elle est sans importance, même en admettant qu'on puisse jeter çà et là une sorte de semence, qui, en germant sur place, donnera des îlots cicatriciels. Cette cicatrice aura, comme toutes les autres, de la tendance à se rétracter, et cette autoplastie ne peut remplacer celle à laquelle on a recours pour empêcher le retrait d'une cicatrice de la paupière ou de la face pouvant amener un ectropion ou une difformité.

M. SÉE. Si M. Reverdin ne prend que le corps muqueux et l'épiderme, l'expérience a, sous le rapport physiologique, plus d'importance que ne lui en donne M. Després, puisqu'il y aurait germination et prolifération d'un tissu qui n'est composé que de cellules, et il s'agirait alors, non pas seulement d'une greffe, mais d'une véritable inoculation.

Discussion sur la lithotritie périnéale.

M. TRÉLAT. J'ai écouté, dans notre dernière séance, avec le plus vif intérêt, la communication de M. Dolbeau sur la lithotritie périnéale, et j'eusse sûrement demandé de suite la parole sur cette importante question si la discussion ne s'était terminée pendant que que j'étais occupé par mes fonctions de secrétaire général.

M. Dolbeau nous montrait une pièce pathologique qui permettait d'apprécier, sinon la marche, au moins la nature et le résultat de son opération, de constater la parfaite intégrité des organes, bulbe de l'urètre et col vésical, qu'il veut ménager. D'autre part, il nous annonçait qu'ayant pratiqué vingt-deux fois cette opération, il avait eu vingt et un succès. On pourrait vraiment dire vingt-deux, l'opération devant être complétement exonérée de la mort du dernier malade.

C'est là un remarquable résultat. Jamais, même des chirurgiens n'entendent froidement parler d'une opération qui ne compte pas de revers, et chaque fois qu'un semblable fait se présente à eux, il sont à la fois surpris et entraînés.

Quoique subissant cette influence naturelle, j'ai voulu rechercher ce qui constitue le caractère particulier de l'opération préconisée par M. Dolbeau, en quoi elle diffère d'opérations antérieurement exécutées, et à quoi elle doit ses heureux résultats.

Deux temps principaux composent l'acte opératoire de notre collègue : la création d'une voie en partie artificielle vers la vessie et une lithotritie exécutée par cette voie. Ces deux temps réagissent l'un sur l'autre. La voie artificielle est tracée en vue de la lithotritie; cette dernière s'exécute aisément par le chemin nouveau. Mais je vois que, sur ce point, notre collègue a eu des prédécesseurs, les uns d'intention, les autres de fait. Depuis le *frangens* ou cassepierre, que Marianus Sanctus redoutait d'employer, bien des projets, bien des tentatives ont été faits pour briser, pendant l'opération de la taille, des calculs trop volumineux. Dans la discussion qui eut lieu il y a deux ans à propos de la communication de M. Borelli, M. Larrey nous rappelait que Bégin avait, en sa présence, exécuté cette opération avec un lithotriteur d'Heurteloup. Dès 1849, M. Bouisson étudiait la possibilité de pratiquer la lithotritie par les fistules périnéales, et dans son remarquable mémoire sur la taille médiane, il publia, en 1858, deux faits où il a combiné la taille et la lithotritie.

Ce n'est donc point la combinaison de la lithotritie avec une taille particulière qui constitue le caractère propre de l'opération de M. Dolbeau.

Reste à examiner la création de la voie artificielle étendue du périnée au col vésical.

En la suivant pas à pas, on voit que notre collègue fait, juste en avant de l'anus, une incision verticale de 25 millimètres; qu'il continue à inciser les tissus, en passant entre le bulbe de l'urètre qu'il laisse en avant, et le rectum en arrière; qu'il arrive ainsi jusqu'à la portion membraneuse, la ponctionne et la coupe dans l'étendue de 1 centimètre.

Jusqu'ici, c'est une taille médiane, et je n'aperçois d'autre différence qu'une dimension moindre, de quelques millimètres, donnée à l'incision extérieure.

Mais à partir de là, les divergences s'accusent. La plupart des opérateurs agrandissent l'incision de la portion membraneuse jusqu'à la prostate, puis coupent le col vésical et la glande, suivant un de ses diamètres, soit avec un bistouri comme Vacca-Bellinghieri, soit avec le lithotome caché, comme le faisait M. Bouisson dans ses premières opérations. D'autres, comme M. Borelli et comme M. Bouisson, d'après sa dernière publication, se bornent à inciser la portion membraneuse, et comptent sur la dilatibilité normale du col vésical pour l'extraction des calculs ou de leurs fragments. *Elle n'est réellement*, dit M. Bouisson, *que l'opération de la boutonnière prolongée jusqu'à la partie la plus antérieure du col vésical.*

M. Dolbeau reprenant, en la perfectionnant beaucoup, je m'empresse de le reconnaître, la pratique de Marianus Sanctus et de Fr. Collot, qui, l'un et l'autre, se servaient d'un dilatatoire, présente, à travers la boutonnière qu'il vient de faire à la portion membraneuse, la pointe mousse d'un instrument conique à six faces, qu'il glisse le long du cathéter jusque dans la vessie. En s'écartant parallèlement sous l'action d'un mécanisme simple, les six faces déchirent longitudinalement ce qui est resté intact de la portion membraneuse du canal, dilatent le col vésical et refoulent circulairement tous les organes ambiants, de manière à constituer une sorte de canal cylindrique de 25 millimètres de diamètre.

Si l'idée est ancienne, l'instrument est nouveau, au moins dans son application, et il est juste de penser que les effets du dilatateur de M. Dolbeau, doivent être beaucoup plus réguliers et mieux limités que ceux de l'ancien dilatatoire.

Quelles que soient les remarques que suggèrent les différents temps de cette opération, il ne faut point oublier que son résultat final est plus qu'encourageant, et la place au rang de celles qui méritent un examen approfondi.

Aussi me suis-je demandé, en y apportant toute l'attention possible, à quoi la lithotritie périnéale doit ses succès.

Je crois qu'elle les doit à ce qu'elle est un procédé de taille médiane, ou mieux, que son exécution intéresse et respecte les mêmes organes que la taille médiane (abstraction faite de l'incision du col, qui n'est pas constante). En effet, dans la discussion relative au travail de M. Borelli, M. Giraldès citant plusieurs relevés de tailles médianes, donnait les résulats suivants : à Bristol, 132 opérations donnaient 13 morts; Allarton ayant opéré 133 fois, ne comptait qu'un mort sur 11 opérés. Un autre relevé fait suivant les âges, indique, sur 119 opérations de 1 à 70 ans, 6 morts, ou 1 sur 20. Il est vrai que de 70 à 80 ans, la mortalité est de 1 sur 4. Sur 13 tailles, Clot-Bey a 13 succès. Sur 14, M. Bouisson aurait eu 14 guérisons, sans une attaque de choléra survenue le septième jour. Mettons, si vous le voulez, 1 mort sur 14 opérés.

Voilà, si je ne me trompe, d'excellents résultats. Dans leur ensemble, ils ne valent cependant pas ceux de la petite série de M. Dolbeau; mais j'ignore, quant à moi, quel est au juste le procédé suivi par les chirurgiens anglais, et quoique le pavillon couvre la marchandise, je ne voudrais point affirmer que la rubrique *taille médiane* convienne également à toutes ces opérations.

Il est possible que le second temps de l'opération de notre collègue, à savoir la déchirure de la portion membraneuse et la dilatation du col, vaille mieux que l'incision de ces mêmes parties. C'est là un sujet important d'étude, un point que la clinique et l'observation ultérieure pourront seules dégager, et que je formulerai de la manière que voici : vaut-il mieux, dans l'opération de la taille médiane, couper la portion membraneuse avec le bistouri, respecter le le col et compter, pour les manœuvres ultérieures, sur la dilatabilité naturelle de cet orifice, ou bien se servir de l'instrument de M. Dolbeau, dont nous connaissons les effets.

Telle est, messieurs, l'une des conséquences capitales du débat que nous poursuivons.

Mais, il en est une autre dont la valeur est non moins grande.

Beaucoup de chirurgiens, au sein de la Société et en dehors d'elle, ont fait et font des opérations de taille combinée à la lithotritie, ainsi que le montrent les discussions relatées dans nos bulletins de 1867 et la communication récente de M. Verneuil. Mais pour ces opérateurs, ce n'est qu'un moyen de résoudre une difficulté; ils essayent d'abord de l'extraction totale, puis, si la pierre est trop volumineuse, ils la brisent; et il s'en faut que des règles précises guident leur conduite relativement au volume des calculs.

Si je m'en réfère à la communication de M. Dolbeau, au volume présumable du calcul dont il nous a montré les débris, aux indications qu'il nous a fournies sur l'âge de quelques-uns de ses opérés, il me semble qu'enchérissant beaucoup sur les principes exposés dans son livre, il élargit la portée de son opération, et tend à l'employer dans tous les cas où la lithotritie urétrale étant contre-indiquée, la taille, quelle qu'elle soit, reste possible.

Dès lors, messieurs, ce serait une réforme complète de tous les anciens procédés de taille, et la lithotritie périnéale se présenterait seule pour satisfaire à toutes les indications de la taille. Mais ici encore, je ne saurais oublier ce qu'écrivait M. Bouisson en 1861 (*Tribut à la chirurgie*, t. II, pages 151 et 152) sur l'innocuité de la taille médiane, sur sa très-rapide guérison, sur la possibilité d'extraire avec la lithotritie des calculs volumineux, et enfin, sur sa généralisation, sans qu'on puisse toutefois *la substituer irrévocablement à tout autre mode cystotomique.* Je note ce mot : irrévocablement, qui semble bien indiquer que le jugement de l'auteur est établi, dans la presque totalité des cas, en faveur de la taille médiane restreinte aux étroites limites que j'ai tracées précédemment: respect du bulbe, respect du col, incision de toute la partie membraneuse.

Je me résume, et jetant un coup d'œil sur le passé et sur le présent, recherchant en quoi l'opération préconisée par notre collègue ressemble à des opérations plus anciennes, en quoi elle diffère, à quoi elle doit ses résultats incontestablement heureux, je trouve que deux questions subsistent qui appellent les recherches, le contrôle et l'examen des chirurgiens.

Quoique je les aie déjà indiquées, je les reproduis ici sous forme de conclusion.

1° Dans la taille médiane, est-il préférable, après avoir divisé les parties molles extérieures en ménageant le bulbe de l'urètre, de pénétrer dans la vessie par une incision de toute la partie membrane, ou bien par la déchirure de cette même portion et la dilatation du col et de tout le trajet par le dilatateur de M. Dolbeau?

2° La taille médiane avec lithotritie ou la lithotritie périnéale, doivent-elles être étendues à tous, ou du moins à la grande majorité des cas pour lesquels la taille est indiquée ?

Les travaux de M. Dolbeau sont évidemment très-favorables à la solution affirmative de cette dernière question, et je n'éprouve aucun embarras à le dire à son éloge. Qu'il ait suivi ou précédé le mouvement, ou que l'ayant suivi, il l'ait accéléré, j'abandonne ce détail pour constater que c'est dans ce sens que d'un pas plus ou moins délibéré, marchent la plupart des chirurgiens. Les noms de MM. Bouisson et Benoît (de Montpellier), Rizzoli (de Milan), Borelli (de Turin), Kelbourne (d'Edimbourg), et bien d'autres que je passe, témoignent que je ne me trompe pas. Parmi nous, M. Verneuil, M. Giraldès, suivent, à peu de chose près, la même conduite, et je n'hésite pas à me ranger près d'eux, en remerciant M. Dolbeau d'avoir affermi, par sa pratique, des opinions qui sont déjà anciennes chez moi, mais que je n'ai pas pu passer au crible d'une expérimentation aussi serrée que la sienne.

Quant à la première question, si elle est moins importante que la seconde, en revanche elle me semble plus litigieuse. Sa solution ne découle ni de l'évidence, ni des résultats définitifs de l'opération, mais il est certain que le procédé de notre collègue n'est ni dangereux, ni irrationnel; qu'il soutient la comparaison avec les meilleurs des autres, et qu'en conséquence, il y a lieu de l'étudier et de le mettre en pratique. C'est ce que je me propose de faire dès que l'occasion se présentera à moi.

M. DOLBEAU. Il est impossible de présenter les choses d'une manière plus séduisante. M. Trélat, dans son argumentation, a su donner un véritable attrait à la question qui nous occupe en ce moment.

M. Trélat voudrait m'entraîner sur le terrain de la clinique, et telle n'est pas mon intention. J'ai inventé, je crois, une opération nouvelle. On aurait pu douter de la réalité de son exécution, et j'ai trouvé l'occasion d'en faire une démonstration péremptoire. La pièce que j'ai présentée dans la dernière séance démontrait que, par mon opération, j'avais pu extraire un volumineux calcul, et que le bulbe et le col de la vessie étaient restés intacts. Le fait materiel est évident pour tout le monde, mon but a donc été atteint.

M. Trélat veut me contester la priorité; il m'acorde à peine, ainsi que le faisait jadis Malgaigne, l'invention d'un instrument dilatateur. C'est parce que M. Trélat ne comprend pas très-bien en quoi consiste mon opération qu'il s'efforce de la trouver pressentie, décrite ou exécutée par tous mes devanciers.

Je vais tâcher de bien vous faire comprendre en quoi consiste la manœuvre, et j'espère vous démontrer que l'opération est bien réellement mienne.

Quand on veut parvenir dans la vessie par le périnée, on est forcément obligé d'imiter un peu les autres. Il faut inciser les téguments, il faut rechercher l'urètre, etc; mais, en suivant une voie parcourue bien des fois, on peut encore le faire d'une façon originale.

Lorsqu'on envisage le périnée, on trouve sur la ligne médiane l'anus, puis le bulbe de l'urètre. Ces deux organes sont, en général, très-rapprochés l'un de l'autre; il y a même des auteurs qui déclarent que parfois le bulbe est accolé à la face antérieure de l'intestin. Lors donc qu'on fait, au-devant de l'anus, une incision médiane d'une certaine étendue, on coupe nécessairement le corps spongieux si le bistouri va plus profondément que l'aponévrose.

Préoccupé d'éviter le bulbe et en même temps le rectum, je faisais autrefois une incision de 4 centimètres, s'arrêtant à 5 millimètres de l'anus. J'incisais lentement, de manière à reconnaître le muscle bulbo-caverneux; puis, à l'intersection de ce muscle avec le sphincter de l'anus, c'est-à-dire en arrière du bulbe, je faisais la ponction de l'urètre à l'origine de la portion membraneuse. Depuis, j'ai pris l'habitude de la chose, j'ai cessé de redouter la blessure du rectum, et j'ai un peu modifié le manuel opératoire tout en arrivant toujours au même résultat; mon incision n'a plus que 2 centimètres, et elle commence immédiatement à l'union de la peau et de la muqueuse de l'anus; en déprimant les tissus dans l'angle postérieure de la petite plaie, je suis certain de rencontrer le cathéter et d'éviter le bulbe.

Lorsque les tissus, refoulés sur le cathéter, ont été simplement ponctionnés et non pas incisés, j'abandonne tout instrument tranchant et je me sers de mon dilatateur. Dès lors, pas d'ouverture de vaisseaux, la voie nouvelle va se faire par déchirure et surtout par refoulement des tissus. C'est ce qu'a bien compris M. Chassaignac lorsqu'il dit que c'est une plaie par écrasement, et c'est ce que M. Trélat n'a probablement pas bien compris lorsqu'il dit que je fais la taille médiane. Je me serai mal expliqué.

Lorsque le dilatateur a exécuté sa manœuvre toute mécanique et mathématiquement calculée, que résulte-t-il de l'action de cet instrument mousse? Messieurs, le résultat obtenu est toujours le même, identique; je l'ai constaté un grand nombre de fois, et ces jours derniers j'en faisais une nouvelle démonstration en présence

(1) Voir les numéros des 8 et 11 janvier 1870.

de notre collègue, M. Tillaux. Lorsque le dilatateur est enlevé, il y creusa, dans le périnée, un canal régulier, du volume du doigt indicateur. Ce canal, véritable voie prérectale, est formé par le refoulement des tissus ; il commence à la peau et finit au col de la vessie. Ce dernier est intact, mais dilaté à 2 centimètres de diamètre. L'instrument a déchiré linéairement la paroi inférieure de la région membraneuse ; mais il a respecté l'orifice urétro-vésical.

Je l'ai dit, le résultat de l'action du dilatateur est toujours le même ; il est certain, et c'est en cela que mon opération est nouvelle. On fait bien la taille médiane, mais on coupe souvent le bulbe ; de plus, en admettant la ponction faite en arrière du bulbe, je ne crois pas qu'on puisse faire, avec un bistouri ou un lithotome, une incision aussi précise, aussi régulière que celle que j'obtiens par le dilatateur. Ceux qui font la taille membraneuse coupent les tissus ; moi, je les refoule ; ils coupent le col de la vessie, moi, je le dilate. J'ai vu l'hémorrhagie suivre la taille médiane ; elle est impossible dans mon procédé.

J'ajoute que, le col de la vessie restant intact dans la lithotritie périnéale, mes malades conservent leurs urines et ne sont pas sans cesse mouillés, exposés aux eschares, comme le sont les taillés.

Je crois avoir établi que ma manière d'agir est toute nouvelle. Je vous ai démontré la réalité de mes assertions en vous soumettant les pièces anatomiques. C'est à l'avenir de montrer que mon opération vaut autant ou plus que ce qu'on appelle la taille médiane combinée à la lithotritie.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Nous sommes heureux de placer la lettre suivante sous les yeux de nos lecteurs :

Mon cher directeur,

Vous m'avez exprimé le désir d'accorder à vos abonnés, exceptionnellement, une remise sur le prix de l'ouvrage de M. le docteur Cordier : *Les Champignons de France*(1), que vous avez bien voulu leur désigner comme un livre de la plus grande utilité.

J'ai communiqué votre honorée lettre à l'auteur, et M. le docteur Cordier s'est empressé d'accéder à ma demande, afin de répandre de plus en plus la science mycologique parmi ses collègues.

Le prix du volume est actuellement de 30 francs ; je le mets uniquement pour vos abonnés à 24 francs, mais je désire que toutes les demandes me soient adressées directement avant le 1er mars 1870 (*à partir de ce jour l'ancien prix de 30 francs sera de nouveau maintenu*), accompagnées d'une bande de votre journal et du montant en un mandat-poste. Le volume sera envoyé *franco*, sans augmentation de frais, pour toute la France, la Belgique et la Suisse, et pour tous les autres pays étrangers, jusqu'aux frontières françaises.

Je serais heureux, mon cher directeur, si vous voulez bien porter cette diminution temporaire à la connaissance de vos abonnés, et je vous prie d'accepter l'expression de mes sentiments empressés.

Votre tout dévoué,

J. Rothschild,

Éditeur libraire de la Société botanique de France.

43, rue Saint-André-des-Arts.

(1) *Les Champignons de la France.* Histoire, description, cultures, usages des espèces comestibles, suspectes, vénéneuses et employées dans les arts, l'industrie, l'économie domestique et la médecine, par S. F. Cordier, docteur en médecine, membre de plusieurs sociétés savantes. Superbe volume grand in-8° jésus, orné de vignettes sur bois et de 60 chromolithographies représentant les espèces les plus remarquables ; dessins d'après nature, par A.-E. Cordier. Prix, broché : 30 francs ; en demi-reliure chagrin, plats toile, tranches dorées : 35 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société d'anthropologie de Paris renouvelle son bureau pour 1870 de la manière suivante :

Ont été élus présidents : M. Gaussin ; — vice-présidents : MM. Lagneau et Giraldès ; — secrétaire général adjoint : M. Dally ; — secrétaires annuels : MM. Prat et Hamy ; — conservateur des collections : M. Alix ; — archiviste : M. Morpain ; — trésorier : M. Bertillon ; — commission de publication : MM. Alix, Lagneau et de Ranse ; — secrétaire général : M. Broca.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 9 au 15 janvier, donne les chiffres suivants :

Variole, 27. — Scarlatine, 6. — Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 20. Érysipèle, 5. — Bronchite, 72. — Pneumonie, 122. — Diarrhée, 7. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 4. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 12. — Autres causes, 695. — Total : 998.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 2 au 8 janvier :

Variole, 8. — Scarlatine, 134. — Rougeole, 30. — Fièvre typhoïde, 31. — Typhus, 4. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 295. — Pneumonie, 102. — Diarrhée, 19. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 5. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 11. — Autres causes, 1,041. — Total : 1,697.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le 24 courant, à 8 heures du soir, à la Faculté de médecine, dans le cabinet du doyen.

— M. le professeur Marey ouvrira, samedi 22 janvier, à deux heures, son cours de physiologie au Collége de France.

Il traitera du mécanisme du vol chez les oiseaux.

— M. le docteur Auzoux, commencera le dimanche 23 janvier, à une heure, son cours de physiologie humaine et comparée, animale et végétale dans l'amphithéâtre de l'École de médecine.

Le cours sera continué les dimanches suivants, dans le même local.

La texture et les fonctions de chaque partie du cerveau seront l'objet d'une attention spéciale.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.